

IL RAPPORTO Libro bianco sullo stato di salute dei più piccoli. Culle vuote al Sud

Natalità sempre più giù allarme per i baby fumatori

Nel Lazio 20 bambini su 100 sovrappeso e sigaretta a 15 anni

*Pediatra fino
a sei anni
il ministero
smentisce*

di CARLA MASSI

ROMA - Pochi bambini. Troppo pochi perché il paese possa contare sulla forza degli italiani di domani. Anche il Sud comincia a tirare il freno. La famiglia numerosa è una vecchia fotografia. Le culle continuano a riempirsi solo dove viene fatta una politica sociale in grado di aiutare i genitori. Dagli asili nido ai sostegni economici. Nascono sempre meno bambini, dunque, ma sono generalmente sani. Anche se troppo grassi. E fumatori dipendenti già a 15 anni.

A sfogliare il Libro bianco sulla salute dei più piccoli, firmato dalla Società italiana di pediatria, dall'Osservatorio dell'università Cattolica del Sacro Cuore e dai Medici manager, si scopre un'Italia che non cresce. Che accudisce i suoi nonni e non gioca con i suoi

nipoti. Da noi si contano 9,5 neonati ogni mille abitanti contro i 12,8 della Francia. L'inversione di tendenza, oltretutto, sembra assai lontana. Chi fa figli oggi abita al Nord e può fare affidamento su quegli aiuti sociali che da Roma in giù non esistono.

Nessuno stupore, dunque, se i tassi più alti di natalità li troviamo a Bolzano e Trento (10,7 per mille), se la Valle d'Aosta è a pari merito con la Campania. Che, a differenza della Sardegna e della Puglia, continua a far figli.

Figli che, nella stragrande maggioranza, crescono in buona salute. La mortalità infantile, proprio negli ultimi anni, è notevolmente diminuita. Accanto ad aree con numeri da primato mondiale (come la provincia di Trento che ha 1,6 casi ogni mille abitanti) ci sono regioni con cifre vicine a quelle di paesi ben più poveri del nostro, come la Calabria che conta 4,82 casi per mille abitanti. Un dato conforta i pediatri: la mortalità femminile registra un forte decremento nella prima classe di età, tra 1 e 4 anni

(meno 50%). E un altro regala un'Italia in grado di fronteggiare, ancora, le patologie gravi che aggrediscono i più piccoli. Per i tumori, le leucemie e gli incidenti stradali la situazione italiana appare vincente nel confronto con altri paesi europei. Forti anche di questi risultati i pediatri di base chiedono di mantenere in carico i ragazzi fino all'adolescenza. Il ministero della Salute garantisce che tutto resta come è oggi.

Nel primo anno di vita le più importanti cause di morte sono rappresentate dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche (poco può fare la medicina). Ma, quando tutti questi bambini salgono sulla bilancia, il quadro si fa preoccupante. Uno su tre dovrebbe essere messo a dieta. Prendiamo la fascia tra gli 8 e i 9 anni: il 22,9% supera il livello di guardia mentre l'11,1% è proprio obeso. I più in linea abitano al Nord, quelli dalle grandi forme al centro e al Sud. Nel Lazio oltre venti su cento dovrebbero dimagrire. E anche smettere di fumare, anche se hanno solo 15 anni.

«Oggi, purtroppo a tavola comanda il bambino - spiega Alberto Ugazio, coordinatore del dipartimento di medicina Pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma - non c'è dubbio che oggi i genitori non sono più in grado di indicare ai figli le cose giuste e sbagliate a tavola».

La regione è allineata con la media nazionale per quanto riguarda il numero degli under 10 obesi: 11,5 per cento. In crescita i baby fumatori. Esercizio di emulazione degli adulti, bevitori di alcol (che regala calorie). Piccoli cittadini metropolitani crescono. «Un bambino sovrappeso non è malato - sono le parole di Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene alla Cattolica - ma va incontro a gravi problemi tra i venti e i quaranta anni. E bisogna intervenire ora. Soprattutto nelle grandi città. Roma ne è un esempio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Così in Italia

Il ritratto dei bambini italiani fornito dal "Libro Bianco 2011"

NATALITÀ

9,5

bebé ogni mille abitanti

-74,25%

dal 1871 al 2009

Dove è più alta

| | |
|---------------|-------------|
| Prov. Bolzano | 10,7 |
| Prov. Trento | 10,4 |
| Valle d'Aosta | 10,3 |
| Campania | 10,3 |

... e dove più bassa

| | |
|----------|------------|
| Molise | 7,6 |
| Liguria | 7,7 |
| Sardegna | 8,1 |

SOVRAPPESO E OBESITÀ



22,9%
bambini di 8-9 anni in sovrappeso



11,1%
in condizioni di obesità

Dove ci sono più bambini in sovrappeso

| | |
|----------|--------------|
| Abruzzo | 28,3% |
| Campania | 27,9% |

... e obesi

| | |
|----------|--------------|
| Campania | 20,5% |
| Calabria | 15,4% |
| Lazio | 11,5% |

FANNO ATTIVITÀ FISICA



50%
dei ragazzi fino a 15 anni



30%
delle ragazze

MORTALITÀ

Var. % 2003-2008

Infantile -8,7%

Neonatale -9,9%

centriset.it

Un'alleanza contro i tumori

Ci sono patti e patti. Alleanze che cercano di far tenere un sistema che rischia di sfasciarsi e intese che puntano a unire le forze per sconfiggere nemici insidiosi. L'unione invocata per combattere i tumori appartiene alla seconda specie. «Together it is possible», recita lo slogan 2012 della Giornata mondiale contro il cancro. È la fase 2.0 della battaglia alla malattia che falcia ogni anno quasi 8 milioni di vite nel mondo. Si è capito che nessuno da solo può bastare ma che ciascuno può fare meglio la sua parte: i singoli, le istituzioni, i medici, la scienza, l'industria, i malati, la politica. È diventato chiaro che l'obiettivo non è più soltanto uno - curare chi si ammala - ma sono diventati tanti: aggredire i fattori di rischio, migliora-

re la qualità della vita di chi è malato e di chi è guarito, formare meglio il personale sanitario, umanizzare l'assistenza. Si è compreso che il cancro non è uno ma centomila, che è un fenomeno sociale oltre che personale. E che solo un approccio multisettoriale può dare risultati.

«Insieme è possibile», speriamo. Ricordando che va benissimo contrastare a spada tratta obesità, fumo e cattiva alimentazione. Ma che bisogna combattere con altrettanta veemenza i veleni che inquinano l'aria che respiriamo e i cibi che mangiamo. Altrimenti non è «insieme»: è una farsa, e neanche ben riuscita. (M.Per.)

A PAG. 14-17

«Together it is possible»: il 4 febbraio si celebra la Giornata mondiale contro il cancro

Tumori, la battaglia è corale

Dai singoli ai Governi: senza impegni a tutti i livelli gli sforzi sono vani

Lo slogan è il programma: «Together it is possible», insieme è possibile. L'edizione 2012 della Giornata mondiale contro il cancro, che si celebra come ogni anno il 4 febbraio, va dritta al punto: soltanto se ciascuno fa la sua parte - ogni singolo individuo, organizzazione e Governo - si può centrare l'obiettivo di ridurre entro il 2025 del 25% i decessi prematuri legati alle malattie non trasmissibili. Un gruppo di patologie in cui i tumori sono forse ancora i nemici più insidiosi: nel 2008 hanno ucciso 7,6 milioni di persone, che nel 2030 potrebbero diventare 12 milioni. Ma fermare questo trend è possibile: si stima che un terzo dei decessi potrebbe essere evitato spingendo sul tasto della prevenzione, della diagnosi precoce e dell'accesso rapido ai trattamenti esistenti.

Non reggono più neanche i vecchi alibi: ormai le azioni da mettere in campo per raggiungere il target sono note. Le Nazioni Unite, durante la Riunione di alto livello dedicata alle "non communicable diseases" nell'ambito della 66esima

assemblea dello scorso settembre, hanno stilato i 57 punti sui quali i Governi devono fare quadrato per combattere una piaga, quella delle malattie non trasmissibili, che falcia ogni anno 36 milioni di vite, pari al 63% dei decessi nel mondo. Chiarendo che la prevenzione deve essere l'attività cardine e la multisettorialità l'approccio principe per lanciare l'assedio ai fattori di rischio, dal fumo all'obesità.

A specificare le strategie contro il cancro in particolare ci aveva pensato già nel 2008 la World Cancer Declaration promossa dall'Unione internazionale contro il cancro (Uicc), presieduta dal medico argentino **Eduardo Cazap**, e arrivata a oltre 500 mila sottoscrizioni. Una tabella di marcia in 11 punti per cambiare tattica entro il 2020. A ribadire la validità si è aggiunta lo scorso novembre la Risoluzione di Dublino, adottata dal World Cancer Leaders' Summit promosso sempre dall'Uicc.

Il documento - frutto del confronto tra 240 rappresentan-

ti di altrettanti Governi, Organizzazione mondiale della Sanità e World Economic Forum - fa tesoro delle indicazioni Onu e illustra le azioni misurabili per ridurre il carico sociale ed economico dei tumori per le generazioni future. Sollecitando un lavoro in partnership per assistere i Governi strategicamente e tecnicamente.

La ricetta proposta è in sostanza sempre la stessa: avviare o rafforzare le politiche e la programmazione in campo oncologico, ridurre l'esposizione individuale ai fattori di rischio, potenziare l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura, palliazione e riabilitazione così come quello ai farmaci, alla diagnostica e alla radioterapia.

I partecipanti al summit si sono anche dati compiti precisi: sviluppare un set di indicatori nel 2012 da poter applicare nei vari Paesi per raggiungere gli 11 obiettivi della Dichiarazione entro il 2020; promuovere l'inclusione dei target legati al cancro nei futuri Obiettivi del Millennio; promuovere politiche e approcci che facilitino l'azione multisettoriale; favorire il reperimento delle ri-

sorse per sostenere gli obiettivi. Anche perché non intervenire è un falso risparmio: i costi economici legati ai tumori sono stati stimati nel 2010 in 290 miliardi di dollari, 154 miliardi dei quali soltanto per gli aspetti medici. Entro il 2030 si prevede che la cifra salirà ancora a quota 458 miliardi di dollari.

«La Giornata mondiale contro il cancro - spiega **Andreas Ullrich**, del Dipartimento Oms per il controllo della malattia - è un duro monito sull'aumento dei nuovi casi di tumore nel mondo, soprattutto nei Paesi a medio e basso reddito. Si stima che l'incidenza globale passerà dai 12,7 milioni nel 2008 a 21,4 milioni entro il 2030». Una vera emergenza che richiede risposte adeguate. «Il cancro non conosce confini, quindi noi tutti dobbiamo assumerci la responsabilità di sconfiggere questa malattia devastante: insieme è possibile», aggiunge **Cary Adams**, direttore generale Uicc.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il decalogo di Dublino

- Promuovere, redigere o sostenere e potenziare politiche e piani nazionali multisettoriali, inclusi piani oncologici per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili
- Potenziare i sistemi informativi per la programmazione e la gestione sanitaria e lo sviluppo di registri tumori nazionali e di indagini
- Ridurre l'esposizione degli individui ai fattori di rischio per il cancro attraverso lo sviluppo di accordi internazionali, nonché misure legislative, regolatorie e fiscali. In particolare, per accelerare l'implementazione della Convenzione sul tabacco (Fctc), riconoscendo l'intera gamma di misure, incluse quelle per ridurre il consumo e la disponibilità
- Promuovere l'aumento dell'accesso alle vaccinazioni costo-efficaci per prevenire infezioni associate al cancro come parte dei programmi nazionali di immunizzazione
- Promuovere l'aumento dell'accesso ai programmi di screening
- Promuovere l'inclusione del controllo e delle malattie non trasmissibili nei programmi sulle infez. sessuali, sulla salute sessuale e riprod. e sulla salute materno-infantile, specialmente al livello delle cure primarie
- Rafforzare l'accesso ai servizi per la prevenzione, la cura, la palliazione e la riabilitazione in particolare al livello di comunità
- Potenziare l'accesso a farmaci, diagnostica e altre tecnologie (come la radioterapia) sicuri ed efficaci
- Costruire a livello nazionale e regionale la disponibilità di una forza lavoro qualificata per servizi ottimali
- Promuovere l'educazione sanitaria particolarmente nei Paesi e nelle regioni in cui la mancanza di consapevolezza pubblica è una barriera a prevenzione, diagnosi precoce e trattamento ottimale

I nuovi casi nel mondo

| | Uomini | Donne | Totale |
|---|---------|---------|-----------------|
| Numero di nuovi casi (migliaia) | 6.617,8 | 6.044,7 | 12.662,6 |
| Tasso standardizzato per età | 202,8 | 164,4 | 180,8 |
| Rischio di ammalarsi prima dei 75 anni (%) | 21,1% | 16,5% | 18,6% |

Fonte: Globocan 2008

La mortalità nel mondo

| | Uomini | Donne | Totale |
|--|---------|---------|----------------|
| Decessi per cancro (migliaia) | 4.219,6 | 3.345,2 | 7.564,8 |
| Tasso standardizzato per età | 127,9 | 87,2 | 105,6 |
| Rischio di morire di cancro prima dei 75 anni (%) | 13,4% | 9,1% | 11,1% |

Fonte: Globocan 2008

I cinque tumori più frequenti

| Uomini | Donne | Tutti |
|-------------|-----------------|--------------------|
| Polmone | Mammella | Polmone |
| Prostata | Colon retto | Mammella |
| Colon retto | Cervice uterina | Colon retto |
| Stomaco | Polmone | Stomaco |
| Fegato | Stomaco | Prostata |

Fonte: Globocan 2008

La World Cancer Declaration

Obiettivi entro il 2020

1. Predisporre sistemi organizzativi sostenibili per assicurare che programmi efficaci di controllo del cancro siano disponibili in tutti i Paesi
2. Migliorare in modo significativo la misurazione del peso globale del cancro e dell'impatto degli interventi di controllo
3. Far diminuire in misura significativa il consumo globale di tabacco, l'obesità e i livelli di assunzione degli alcolici
4. Sottoporre a programmi di vaccinazione universale le popolazioni che risiedono in aree interessate dal contagio da Hpv e Hbv
5. Migliorare l'atteggiamento pubblico verso il cancro, e superare pregiudizi ed equivoci relativi alla malattia
6. Diagnosticare un numero maggiore di tumori localizzati grazie a programmi di screening e diagnosi precoce e a un alto livello di consapevolezza del pubblico e degli operatori sanitari sui segnali di pericolo di cancro
7. Migliorare per tutti i pazienti, ovunque nel Mondo, l'accesso a una diagnosi accurata, a trattamenti oncologici appropriati, a terapie di supporto, servizi di riabilitazione e cure palliative
8. Rendere disponibili universalmente per tutti i pazienti oncologici terapie efficaci di controllo del dolore

9. Migliorare in modo significativo le opportunità di formazione in tutti i campi dell'oncologia per tutti gli operatori sanitari

10. Ridurre considerevolmente l'emigrazione degli operatori sanitari con specializzazione oncologica

11. Migliorare i tassi di sopravvivenza in tutti i Paesi

Azioni prioritarie di politica sanitaria

Inserire il tema cancro nell'agenda dei piani di sviluppo. Aumentare la priorità politica attribuita al cancro dimostrando che l'investimento di una nazione nell'affrontare la crescita del problema cancro è un investimento nel benessere economico e sociale del Paese. Le organizzazioni che si occupano della lotta al cancro dovrebbero lavorare con la comunità globale dei donatori, delle agenzie di sviluppo, del settore privato e di tutta la società civile

Mobilizzare i responsabili per assicurarsi che le strategie di controllo del cancro siano globalmente indirizzate a chi ne ha più bisogno. Coinvolgere il numero maggiore di gruppi organizzati nello sviluppo o nell'aggiornamento di programmi nazionali di controllo del cancro

Porre in essere le strategie che hanno dimostrato di poter colmare le lacune delle misure esistenti di sorveglianza del cancro

Aumentare il coinvolgimento dei pazienti nella pianificazione dei programmi di controllo del cancro a livello locale e nazionale

DUE ONCOLOGI SI INTERROGANO SUL POTERE DELLE PAROLE**«Il nostro comunicare può curare o ferire»**

L'idea del libro «Il nostro comunicare» nasce dalla volontà di comunicare il nostro vivere col malato e di spiegare l'utilizzo delle parole nel lavoro di tutti i giorni, per fornire agli operatori spunti utili a migliorare il rapporto con i pazienti. Ecco perché abbiamo citato nell'introduzione Mimmermo, poeta greco del VI secolo a.C., che diceva: «La parola è medicina alle malattie degli uomini».

Capita che non si rifletta a sufficienza sul fatto che una frase mal posta possa mettere in crisi un malato. Un conto è dire: «Vedremo cosa si può fare», altro è dire «faremo tutto il possibile», che esprime determinazione e minore incertezza. Le parole hanno un'energia che va oltre il suono che emettono e possono essere un'arma a doppio taglio: col linguaggio possiamo curare, ma possiamo anche ferire, se non vengono calate all'interno di una storia e del vivere di un malato. La parola ha potere sul paziente, e dobbiamo assumerci la responsabilità dell'effetto che produce. Il linguaggio va adattato alle differenti situazioni cliniche e le parole non possono essere sempre le stesse. Un paziente è diverso da un altro e non si può parlare in un ambulatorio come si parlerebbe al bar. A seconda di come costruiamo le frasi, cambia lo stato d'animo della persona e mai come nel dolore l'uomo si accorge della falsità delle parole, di conforto e di consolazione, dette in un modo privo di autentica partecipazione. C'è una meraviglia della parola e di come noi la poniamo.

Il nostro libro non è solo per i colleghi, ma è anche rivolto ai malati, perché riflettano su quanta importanza ha il loro modo di rapportarsi col proprio medico di fiducia, quando si segua un percorso di cure e che travaglio egli viva in ogni comunicazione al paziente. Leggiamo spesso nelle lettere ai giornali quanto i pazienti siano insoddisfatti del tempo concesso dai medici per comprendere il loro futuro. I pazienti lamentano anche quanto i clinici usino un linguaggio troppo aulico e quanto spesso appaiano poco disponibili.

È indubbio che i ritmi di lavoro dei nostri ospedali non facilitino i rapporti tra medici e malati, ma questo alle volte è

l'alibi per giustificare un disimpegno a fronte di un problema che potrebbe essere superato con la buona volontà individuale e tanto senso di responsabilità.

È vero, negli ambulatori gli operatori sono strangolati dalla routine, dai carichi di lavoro, dai budget, dai direttori generali, dagli obiettivi e dalle regole regionali, ma usare bene le parole e dare il tempo giusto al colloquio con il malato deve essere considerato un momento integrante della terapia. Gli interlocutori sono persone in difficoltà, hanno paura di tutto e vivono in una condizione psicologica di inferiorità. Non c'è distinzione tra casi gravi o esami banali. Il timore che la salute possa vacillare fa paura sempre. Se le malattie sono gravi, questo è ancora più forte. I pazienti pendono dalle parole del medico, che ha in questo suo dire un'enorme responsabilità professionale.

Il «sistema» stabilisce, per definire quanti medici o infermieri assumere negli ospedali, che a ogni tipologia di malato debba essere riservato un certo numero di minuti di assistenza: da qui consegue il calcolo aritmetico di quanti sanitari ci vogliono. Questo tempo si esaurisce totalmente nel gesto tecnico (visite, esami, assistenza, attività alberghiera e così via) e poco o niente resta al parlare, elemento indispensabile per una cura globale del malato. Noi crediamo che il pacchetto assistenziale debba essere implementato, mettendoci anche il fattore tempo dedicato alla comunicazione. Ecco perché il personale stabilito dall'aritmetica non basta mai e perché parte del tempo per esercitare una buona medicina deve essere rubato ad altro.

Ci piacerebbe che il libro fosse un stimolo per cambiare le cose e trovasse un suo spazio di utilizzo e di conforto, per medici e pazienti accomunati, ciascuno con le proprie difficoltà, nel percorso della malattia. Per concludere ci piace riportare il discorso che Vincenzo Monti, nel 1803 rivolgeva al medico sull'importanza dell'eloquenza: «Ma tu che intraprendi la difesa dell'uomo, non già contra all'uomo, ma contra le malattie, tu che t'accosti ad un letto circondato di infermità che crudelmente si disputano una vittima sventurata, tu,

hai tu forse bisogno dell'arte, della parola dopo aver imparata quella di Ippocrate? Osservate un infermo in pericolo della vita, egli è triste, egli è malinconico, egli è senza coraggio. Il silenzio della notte è un peso terribile sopra il suo cuore. Il misero conta le ore, conta i momenti, al primo tocco dei bronzi che annunciano l'arrivo del giorno il cuore gli balza, manda in cerca del medico, a ogni aprirsi di porta spalanca gli occhi nella speranza di alfin vederlo e non vedendolo si lamenta di essere abbandonato.

Ma ecco il medico finalmente, la sua presenza è quella di un angelo consolatore, un raggio di sole sopra un fiore battuto dalla tempesta. Fissa il misero gli occhi incavati sopra di lui, i suoi tormenti si sospendono un attimo per ascoltarlo, né una sillaba, né un gesto, né uno sguardo è perduto e la prudenza del medico, avanti di attendere all'infermità del corpo, è costretta di curare quella dello spirito che agisce sull'altra potentemente. La parola del medico scende dolcissima nel cuore dell'ammalato come pioggia benefica sopra un arso terreno. Ella ne ravviva il coraggio, ne rasserena lo spirito, è dissipata la melanconia. Il cuore batte più lieto, il sangue circola spedito e una più pronta irrigazione di umori gli ridesta le forze che debbono combattere la malattia. Dalle quali considerazioni emerge verissimo che le malattie si ammansano prima con le parole».

**Alberto Scanni
Alessandro Bertolini**
Oncologi

*Autori del libro «Il nostro comunicare»
(Sidera Edizioni, Palazzolo sull'Oglio,
Brescia, 2011)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PRESIDENTE AIOM

«Serve un'alleanza tra medici, ricercatori, pazienti e politica»

Equità d'accesso: valore da salvare

DI **STEFANO CASCINU** *

L'oncologia rimarrà uno dei temi centrali della Sanità del prossimo futuro. Non sono attese significative diminuzioni dell'incidenza dei tumori. Anzi, considerando il progressivo invecchiamento della popolazione, è verosimile prevedere un aumento dei malati oncologici. Per vincere la lotta contro il cancro è necessario consolidare l'alleanza tra pazienti, medici, infermieri, volontariato e istituzioni. I ricercatori ci aiuteranno a conoscere meglio la malattia. La ricerca ha compiuto passi avanti inimmaginabili solo un paio di decenni fa e nel futuro ci saranno ulteriori progressi. L'obiettivo è far diventare il cancro una malattia "normale". Ma non tutto passa attraverso la scienza e il sapere tecnologico. Saranno decisivi anche i rapporti che sapremo costruire tra i protagonisti della battaglia. I medici e gli infermieri devono rinsaldare l'alleanza con i malati e i familiari in un dialogo di leale collaborazione, costruendo un percorso che veda la presenza di efficienti e diffuse strutture assistenziali ospedaliere e territoriali, di una formazione continua del personale e di educazione della popolazione.

Le Unità di oncologia medica dovranno lavorare in reti regionali. È necessario rendere accessibili le metodiche innovative a tutti i pazienti nell'ambito della collaborazione fra le varie realtà. Abbiamo bisogno di un'assistenza domiciliare che funzioni e di Unità di cure palliative diffuse nel territorio per garantire ai pazienti cure adeguate.

La tecnologia non potrà sopperire a ciò che l'essere medici e infermieri comporta: prendersi cura del paziente in ogni fase della malattia, inclusa la parte finale. Quando le terapie mediche oncologiche non sono più proponibili, inizia un percorso che ci deve vedere ancora protagonisti insieme agli esperti di cure palliative, in un'ottica di continuità della cura, del non abbandono del paziente e dei familiari. Ciò deve diventare patrimonio culturale e sociale comune a operatori e istituzioni. Questo risultato non si realizzerà senza l'aiuto delle associazioni di volontariato, che svolgono un ruolo essenziale di raccordo tra operatori, pazienti e familiari, di garanti dell'alleanza e di stimolo verso la politica. Chiediamo alle istituzioni di rendere possibili questi processi con investimenti adeguati e di promuovere i percorsi, anche culturali, che permettano di sentirsi vicini e non antagonisti.

L'obiettivo dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) è che si mettano in campo tutte le risorse per ridurre l'incidenza del cancro. Alle istituzioni chiediamo quindi di investire nella prevenzione: un sistema sanitario efficiente pensa in anticipo alla salute

dei cittadini. A esempio, è possibile ridurre l'incidenza del tumore del polmone smettendo di fumare. Insegniamolo ai ragazzi delle scuole elementari e medie. E spieghiamo ai giovani che l'aumento di peso non determina solo un rischio di malattie cardiovascolari ma anche di cancro. Investiamo in educazione, perché ci permetterà di risparmiare risorse e salvare vite.

Per molti anni la nostra attenzione si è focalizzata principalmente sulla ricerca di nuove terapie e su come potessero migliorare la prognosi. Più recentemente ci si è orientati verso la prevenzione. Dobbiamo ora confrontarci con gli aspetti che le conoscenze biologiche e la rilevanza sociale del "problema cancro" ci pongono anche nella pratica clinica. L'identificazione dei rischi genetici di sviluppare il tumore pone questioni di ordine scientifico, organizzativo ed etico di tale importanza che solo un piano organico di intervento a livello nazionale può essere in grado di risolvere. La nascita di centri di genetica oncologica ci deve vedere protagonisti e l'Aiom definirà una task-force che predisponga documenti scientifico-organizzativi.

Pensiamo anche che si debba svolgere un ruolo attivo nell'educazione, rivolta principalmente ai giovani. L'Aiom, con il suo past president **Carmelo Iacono**, ha organizzato nel 2011 incontri nelle scuole nell'ambito del progetto «Non fare autogol». Sono state approfondite, con campioni del calcio italiano, le tematiche relative agli stili di vita pericolosi. È stato un grande successo e quest'anno verrà realizzata la seconda edizione. Vogliamo che si affermi sempre più la cultura del prendersi cura e dell'alleanza terapeutica. Insieme agli altri specialisti e alle istituzioni vogliamo discutere di modelli organizzativi e di gestione ottimali. Tutto ciò non sarà possibile senza la collaborazione con le associazioni dei pazienti. Questa è stata la lungimirante visione di **Marco Venturini**, il nostro presidente recentemente scomparso, e di **Francesco De Lorenzo**, presidente della Favo. Sono stati attivati progetti comuni in tutte le Regioni per garantire equità d'accesso alle strutture e alle nuove terapie per tutti i pazienti oncologici, senza che la carta d'identità rappresenti un fattore prognostico. Ci auguriamo che l'oncologia del prossimo futuro possa essere un'alleanza fra scienza, sapere, bisogni dei pazienti e politica, che porti il cancro a diventare quella malattia "normale" che adesso ancora non è.

* **Presidente Aiom**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA VOCE DI MALATI E VOLONTARI

«Più servizi riabilitativi e altolà allo stigma»

Il motto scelto da Uicc "Insieme è possibile" per la Giornata mondiale contro il cancro 2012 è in piena consonanza con la modalità di azione delle associazioni dei malati di cancro di tutto il mondo.

Coinvolgendo, stimolando, pretendendo, mediando, sensibilizzando, trascinandolo partner istituzionali e non, la spinta dei malati e delle organizzazioni che li rappresentano diviene inarrestabile e compie piccoli e grandi miracoli che ciascuno può vedere nei day hospital oncologici fino ai più alti livelli, nei palazzi dove vengono prese le decisioni che possono cambiare il futuro del nostro pianeta. Così, nel settembre 2011, il pressing dell'associazionismo internazionale, evidenziato il carattere epidemico del cancro e il conseguente impatto sociale sullo sviluppo delle Nazioni, ha indotto la 65^a Assemblea generale dell'Onu ad adottare una risoluzione di impegno dei Governi nella lotta contro le malattie non trasmissibili (NCDs) tra cui il cancro.

L'importante documento (nel quale, su impulso della Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia - Favo, presente al summit Onu in rappresentanza delle associazioni di volontariato oncologico europee, e vincendo le resistenze di altre aree del pianeta, è stato riconosciuto il ruolo di stakeholder del volontariato nella battaglia contro il cancro), siglato dai leader di 192 Paesi, darà un nuovo impulso all'agenda della Sanità mondiale.

La Favo fin dalla sua fondazione (2003) promuove collaborazioni tra il mondo del volontariato e le istituzioni, gli Ircs, le università, le società scientifiche e le "parti sociali" favorendo sinergie professionali per dare migliori risposte ai bisogni dei malati di cancro e delle loro famiglie su tutti i fronti. Ciò nella convinzione che solo un'azione congiunta può realizzare, in tempi accettabili, i servizi alla persona necessari per affrontare e superare l'emergenza cancro.

Unendo le voci di centinaia di realtà associative, Favo (il cui presidente De Lorenzo è anche vice-presidente della unione europea del volontariato oncologico, Ecpo) ha puntato un faro sui bisogni ancora non soddisfatti dei malati: riabilitazione oncologica, sostegno economico e sociale durante e dopo la malattia, reinserimento lavorativo e tutela del posto di lavoro, informazioni mirate e personalizzate, sostegno psicologico come parte integrante della cura, sviluppo delle reti oncologiche, problematiche connesse a sessualità e fertilità. Molti risultati sono già stati raggiunti: il Libro bianco sulla riabilitazione oncologica, il Piano oncologico nazionale con esplicito riconoscimento del contributo del volontariato nel Servizio sanitario, la legge sul part-time per i malati di cancro e i loro familiari, la legge 80/2006 per la riduzione dei tempi di accertamento del-

l'invalidità civile per i malati oncologici e il Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, che è l'esempio concreto di quanto "Insieme è possibile".

Il Rapporto (la quarta edizione sarà presentata a maggio 2012 nella VII Giornata nazionale del malato oncologico) è il prodotto dell'Osservatorio permanente sulla condizione assistenziale dei malati oncologici voluto da Favo e di cui sono membri Censis, ministero della Salute (Sis), Inps, Aiom, Airo, Sie, Int di Milano. L'Osservatorio funge da lente d'ingrandimento dei dati nazionali riguardanti le patologie oncologiche, con un'attenzione specifica alle disparità ai trattamenti terapeutici e assistenziali e agli aspetti concernenti la qualità della vita dei malati e si propone di essere una espressione reale di "sussidiarietà" nel panorama del Welfare che cambia, valorizzando l'apporto sistemico del volontariato e dell'iniziativa privata, in alleanza funzionale con le istituzioni pubbliche.

I malati oggi sanno che di cancro si può guarire o comunque che si può vivere anche a lungo, cronicizzando la malattia grazie al progresso della ricerca scientifica e della pratica clinica, ma la strada da percorrere per superare lo stigma legato al cancro è ancora lunga. Permangono gravissime disparità territoriali nell'accesso alle cure e discriminazioni nel posto di lavoro a scapito del malato o di chi assiste un proprio caro.

Con la crisi economica internazionale sarà sempre maggiore la necessità di razionalizzazione e appropriatezza nell'uso delle risorse economiche in Sanità, ed è importante che la lotta al cancro sia stata riconosciuta come una priorità anche dalle Nazioni Unite. Dalla maggiore attenzione alla prevenzione, con la riduzione dell'incidenza si potranno liberare maggiori risorse da dedicare a cura e riabilitazione.

In una società malata che non è più capace di apprezzare la vita e riconoscere il valore della solidarietà, la parte più sana è il volontariato e la silenziosa opera di chi non accetta la discriminazione e lo stigma. Se la scienza conosce la via da seguire per ottenere sempre nuovi e più efficaci strumenti per controllare e sconfiggere il cancro, la società deve essere ancora educata ed è necessario un cambiamento culturale perché chi ha vinto o conduce la sua personale battaglia contro la malattia possa realmente continuare a vivere con dignità e qualità. Lo sviluppo della cultura e dei servizi di riabilitazione non solo biomedici ma psicosociali, consentirà di superare gli atteggiamenti assistenziali e favorire il vero reinserimento.

I malati vogliono riavere indietro la vita sospesa dalla malattia e viverla intensamente.

Elisabetta Iannelli

Vice-presidente Associazione italiana malati di cancro (Aimac)



Guerra aperta tra ricercatori sull'esame d'elezione per la diagnosi precoce del tumore al seno

Quali esami per la mammella

Mammografie o test genetici a scopo preventivo: ecco le opzioni in campo

Sotto la lente i casi meno gravi

Negli ultimi anni tra i tumori della mammella diagnosticati grazie allo screening mammografico condotto sulla fascia tra i 49 e i 60 anni sono in aumento quelli a rischio "basso" o "ultra basso": «Oggi lo screening sembra identificare preferenzialmente nella popolazione le lesioni a basso rischio» scrivono gli autori di uno studio condotto a livello molecolare, pubblicato in dicembre sulla rivista "Breast Cancer Research and Treatment". **Laura Esserman** e colleghi dell'Università di San Francisco, in California, hanno confrontato il profilo genetico dei tumori diagnosticati a due distinte coorti di donne olandesi, che hanno ricevuto diagnosi di cancro della mammella prima e dopo l'introduzione dello screening mammografico (nel periodo tra il 1984 e il 1992 le prime e tra il 2004 e il 2006 le seconde).

In particolare, la percentuale di lesioni poco significative è cresciuta dal 40,6% della prima coorte (67 su 165) al 58% della coorte più recente (119 su 205).

L'analisi è stata condotta solo su donne con tumore nodonegativo, impiegando un test per la prognosi del cancro dell'Istituto tumori olandese, basato su 70 geni e oggi noto commercialmente come MammaPrint, che è giudicato in grado di prevedere la sopravvivenza generale e il rischio di metastasi, nonché di identificare le lesioni a rischio ultra-basso ("ultra-low risk"). Esaminando proprio queste lesioni la differenza tra le due coorti si è ancora accentuata, con la percentuale che è passata dal 10% al 30 per cento.

Secondo gli autori il test genetico può quindi essere utilemente impiegato come supporto allo screening per aiutare a

identificare le forme tumorali meno temibili.

Ma non tutti gli esperti concordano: «In generale penso che si tratti di uno studio stimolante» commenta **Kandace McGuire**, del dipartimento di chirurgia oncologica dell'Università di Pittsburgh. «In effetti suggerisce che la maggioranza dei tumori rilevati con lo screening è indolente, e potrebbe non aver mai dato origine a tumori clinicamente significativi nelle donne in postmenopausa».

Sul valore del test genetico a scopo preventivo, tuttavia, la McGuire ha un'opinione molto critica: «L'idea di aggiungere la profilazione molecolare allo screening suona molto attraente, ma richiede una biopsia, che sarebbe inappropriata a livello di screening. Questa tecnologia può essere usata per decidere la terapia, in particolare per le donne ultrasessantenni, ma non per guidare la diagnosi».

Per quella sono assai più preziosi gli strumenti che permettono di evitare la biopsia: «Molti centri, tra cui Pittsburgh, stanno cercando marcatori circolanti nel siero che possono fungere da surrogato di questi profili molecolari, rendendo non necessaria la biopsia per la stratificazione del rischio».

Un esempio recente che promette di ridurre le biopsie ripetute nei pazienti ad alto rischio di cancro della prostata è costituito dall'accoppiata di biomarcatori GSTP1 e APC individuata in un piccolo studio pubblicato sul British Journal of Urology International da **Bruce Trock** e colleghi della Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora, nel Maryland. «È il primo studio prospettico in una coorte definita con criteri di inclusione rigorosi a valutare la potenziale utilità di marcatori della metilazione del Dna per predire l'outcome sulla ripetizione delle biopsie in questa coorte» scrivono Trock e colleghi, mettendo comunque in guardia sulla necessità di confermare il risultato con studi più ampi.

Un analogo problema di nu-

meri, infine, obbliga alla cautela anche nell'interpretare i risultati di uno studio sull'efficacia di un immunoassay chiamato PAM4 nella diagnosi precoce dell'adenocarcinoma duttale del pancreas. I ricercatori diretti da **David Gold**, del Garden State Cancer Center di Morris Plains nel New Jersey, hanno infatti osservato una buona sensibilità e specificità nel rilevare tumori in stadio 1, in cui la sopravvivenza a cinque anni si aggira sul 20% rispetto al drammatico 2-3% medio per questo tipo di tumore.

«I sintomi del cancro del pancreas sono vaghi: la malattia tende a svilupparsi e a crescere in modo silente. Nel momento in cui viene rilevata si è spesso diffusa ad altre parti del corpo, e questo la rende quasi impossibile da curare. I risultati di questo studio sono estremamente incoraggianti e potrebbero portare in futuro a migliorare la capacità di rilevare il cancro negli individui ad alto rischio» ha spiegato Gold.

L'uso combinato del nuovo PAM4 con un immunoassay già impiegato per monitorare il corso della malattia, chiamato CA19-9 si è dimostrato capace di individuare l'85% dei pazienti con adenocarcinoma duttale del pancreas, conservando una buona specificità.

Però lo studio, presentato a San Francisco al 2012 Gastrointestinal Cancers Symposium, ha reclutato finora appena 28 pazienti: pochi per fornire un risultato del tutto affidabile in una malattia in cui - come dice Gold - «diagnosi precoce e miglioramento della terapia vanno mano nella mano».

Fabio Turone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Incidenza e mortalità in Italia

| | Donne | Uomini | Tutti |
|---|---------|---------|----------------|
| Incidenza stimata 2011 | 160.000 | 200.000 | 360.000 |
| Frequenza di diagnosi (ogni 100.000 abitanti) | 546 | 702 | 623 |
| Mortalità stimata 2011 | 76.000 | 98.000 | 174.000 |
| Frequenza di mortalità (ogni 100mila abitanti) | 255 | 351 | 302 |

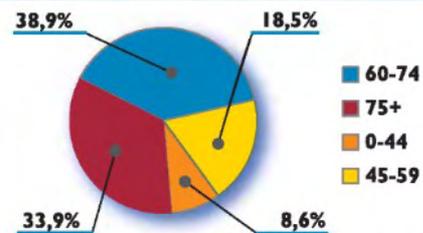
Fonte: rapporto Aiom-Airtum

I big killer nel nostro Paese

| Rango | Maschi * | Femmine * |
|-------|------------------|------------------|
| 1° | Polmone (28%) | Mammella (16%) |
| 2° | Colonretto (11%) | Colonretto (12%) |
| 3° | Prostata (8%) | Polmone (11%) |
| 4° | Stomaco (7%) | Pancreas (7%) |
| 5° | Fegato (6%) | Stomaco (7%) |

* Proporzioni sul totale dei decessi oncologici per sesso

Fonte: Pool Airtum 2005-2007

Gli italiani con precedente diagnosi *

* In totale sono 2.243.953 (Fonte: Aiom-Airtum)

Stili di vita, serve l'impegno delle istituzioni

Senza il supporto della comunità le campagne anticancro che puntano a modificare i comportamenti favorendo l'adozione di uno stile di vita salutare sono destinate a risultati modesti: è quanto teorizzano le nuove linee-guida per la prevenzione appena pubblicate sulla rivista "CA: A Cancer Journal for Clinicians" dall'American cancer society (Acs), che le aggiorna all'incirca ogni 5 anni.

Quando si tratta di incoraggiare a mangiare sano e a fare attività fisica regolare - che pure comportano scelte individuali - l'ambiente sociale, fisico, economico e regolatorio possono avere un effetto molto significativo sia in un verso che in quello opposto.

«Le nostre linee guida hanno sempre sottolineato ciò che le persone possono fare da sole per ridurre il proprio rischio di cancro, e questo resta importante» spiega Colleen Doyle, tra gli autori delle nuove linee-guida per conto dell'Acs. «Ma occorre anche svolgere un'azione pubblica per facilitare agli americani l'adozione di questi comportamenti. Non possiamo semplicemente dire loro di mangiare più frutta e verdura e fare più esercizio fisico quando ci sono così tante forze che spingono nella direzione opposta, che rende difficile farlo con regolarità».

Le raccomandazioni dell'Acs ruotano attorno a 4 punti: raggiungere e mantenere un peso normale, adottare uno stile di vita attivo, consumare una dieta completa ed equilibrata (con abbondanza di vegetali) e limitare il consumo di bevande alcoliche.

Da oggi, l'invito pressante è rivolto alle istituzioni pubbliche - con in prima fila le scuole - perché facilitino l'accesso a cibi sani e luoghi in cui svolgere attività fisica: «Se non lavoriamo per modificare gli ambienti di studio e di lavoro per far sì che la scelta più salutare diventi anche la più semplice mancheremo il bersaglio» spiega la Doyle.



IL DIRETTORE DELLA COCHRANE COLLABORATION DANESE ACCUSA

«Lo screening è dannoso: alle donne raccomando la sola autopalpazione»

Ma l'esperto italiano difende i programmi

Mammografie nell'occhio del ciclone. A puntare il dito contro l'esame offerto gratuitamente anche in Italia alle donne over 50 è stata la Cochrane Collaboration danese, che ha diffuso dati choc mettendo in subbuglio la comunità scientifica. Ma il responsabile dell'Osservatorio nazionale screening, **Marco Zappa**, rassicura: «Gli screening rispondono a una precisa logica di Sanità pubblica: salvare vite umane».

Tutto è partito da un'affermazione tranchant di **Peter Gøtzsche**, direttore della Nordic Cochrane Collaboration di Copenhagen, il braccio danese dell'organizzazione no profit che valuta criticamente la reale efficacia dei trattamenti sanitari: «Per ogni donna salvata dalla mammografia, altre 10 vengono danneggiate perché sottoposte a terapie e operazioni chirurgiche inutili o evitabili». Gøtzsche ha analizzato per un decennio i dati pubblicati sul tema, ha pubblicato già varie revisioni sistematiche e ha deciso ora di raccontarne le conclusioni in un libro rivolto alla popolazione generale che sta facendo discutere: «Mammography screening: truth, lies and controversy» (Screening mammografici: verità, bugie e controversie).

La sua tesi è lapidaria: «È tempo di realizzare che questi programmi non possono più essere giustificati». A suo avviso su 2mila donne sottoposte a mammografia probabilmente soltanto una viene salvata, ma altre dieci subiscono un danno. Perché cellule cancerose che morirebbero spontaneamente, o che non evolveranno mai in patologia conclamata, vengono asportate e in alcuni casi (addirittura sei volte su dieci, calcola Gøtzsche) la paziente perde un seno. Senza contare i costi fisici e psicologici dei trattamenti farmacologici e radioterapici.

L'esperto danese finisce con il raccomandare alle donne «di non far nulla, se non consultare un medico se notano qualcosa» di anomalo con l'auto-analisi. Un messaggio davvero controcorrente che già dalla scorsa estate, quando era stato pubblicato un articolo che non evidenziava differenze nella mortalità tra Paesi che adottavano o non adottavano programmi di screening, aveva diviso la comunità scientifica.

I fautori degli screening, tra cui **Julietta Patnick**, direttore del Programma di screening oncologici del Nhs britannico, continuano a sostenere che le donne sottoposte regolarmente a mammografia hanno un rischio minore di morire per cancro al seno. E tutti citano le stime della Iarc, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Oms,

che calcola una riduzione della mortalità pari al 35%. Dato fortemente contestato da Gøtzsche, che denuncia i continui attacchi delle «lobby pro-screening», composte da chi «ha interessi finanziari affinché questi programmi continuino».

In Gran Bretagna il dibattito è particolarmente acceso. Tanto che a ottobre **Mike Richards**, noto oncologo nonché National Cancer Director dal 1999, aveva già annunciato l'avvio di una nuova revisione indipendente sull'utilità degli screening mammografici diretta da **Michael Marmot**, docente di Epidemiologia e Sanità pubblica allo University College London. «Se dovesse risultare che effettivamente i rischi superano i benefici - aveva detto Richards - non esiterei a sottoporre i dati al Comitato nazionale screening e quindi al ministero».

Zappa respinge con sdegno l'accusa di lobby: «Noi siamo mossi da una logica di Sanità pubblica: tutti i lavori più attendibili, compreso l'ultimo riferito qui a Firenze che come Ispo abbiamo appena pubblicato su "Breast cancer research", parlano di al massimo un caso sovradagnosticato per ogni vita salvata. Tra pochi mesi sarà diffusa una revisione europea che conferma questo dato».

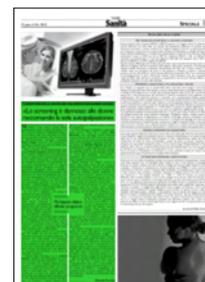
C'è una bella differenza con dieci sovradignosi ogni vita salvata, come sostiene Gøtzsche. Come può esserci una tale forbice? Zappa non ha dubbi: il problema è nel metodo. «Il gruppo di Gøtzsche fa una valutazione a livello di trend di popolazione, che può essere fallace». Non è l'unica informazione errata fornita dal danese, secondo Zappa: «Non capisco come faccia a sostenere che 6 donne su 10 perdono il seno. La percentuale di chi lo conserva è superiore all'85%. In Toscana la quota di interventi conservativi è del 93%. Nessuno pensa che siano uno scherzo, ma le mastectomie totali sono una rarità».

Se proprio bisogna trovare qualcosa di buono nel lavoro dei danesi è in generale «l'invito a non medicalizzare troppo». «Il nostro sforzo - dice il direttore dell'Osservatorio - deve essere quello di ridurre al minimo il rischio di sovradignosi. Purtroppo non esistono studi oggi che ci permettono di distinguere quale cancro è sovradagnosticato. Sarebbe utile studiare forme di contenimento degli interventi, in particolare su alcuni tipi di tumore come i carcinomi duttali in situ. Bisogna avere più coraggio di sperimentare».

Ma sul consiglio finale alle donne non ha dubbi: «L'idea che si faccia fare soltanto l'autopalpazione non solo è inaccettabile e pericolosa, ma penalizzerebbe proprio le fasce sociali più deboli e svantaggiate, che accedono meno ai servizi sanitari e alla diagnosi precoce». Sarebbe un intollerabile ritorno al passato.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACI

Generici, scontro aperto

Il Governo spinge le vendite, Mmg e industrie frenano

Le norme contenute nel Dl 1/2012 sulle liberalizzazioni che riguardano lo sprint del Governo alla prescrizione dei farmaci generici, hanno scatenato le ire di medici e industrie. I Mmg alzano le barricate contro gli obblighi di indicare la sostituibilità o la non sostituibilità sulla ricetta (ma non tutti). Per Farmindustria «si innescherà un'inaccettabile distorsione della concorrenza a danno del prodotto con marchio».

«Le misure porteranno risparmi per circa 600 milioni ai cittadini e 400 al Ssn», ha replicato Assogenerici. E su tutto c'è anche la polemica sulla norma che - secondo le indicazioni Ue che ha avviato una procedura di infrazione verso l'Italia - cancella il "blocco" della possibilità di espletare le procedure autorizzative per il generico prima della scadenza del brevetto.

A PAG. 9

LIBERALIZZAZIONI/ Approda al Senato il Dl 1/2012 che rivoluziona la pianta organica delle farmacie

Il grande pressing sui generici

Scoppiano le polemiche sulle misure pro-equivalenti - Richiamo Ue all'Italia

Sorte curiosa quella del Dl n. 1/2012, appena approvato al Senato (As 3110). Doveva essere il Dl della liberalizzazione della distribuzione dei farmaci. Invece - tomo tomo -

si sta trasformando nel Dl di "liberazione" dei generici.

Lo vuole il Governo, lo chiede l'Europa e una cosa è certa: dell'effetto

risparmio del potenziale rilancio del mercato degli equivalenti sentiremo favoleggiare più che degli eventuali sconti sui farmaci. A

o C prossimi venturi.

In attesa di scoprire sul campo quante farmacie in più sono destinate ad aprire i battenti (abbiamo perso il conto degli exit poll) e in attesa che lo sciopero proclamato dalle farmacie per il primo febbraio, col dovuto preavviso per non incorrere nelle ire della commissione di garanzia per lo sciopero dei servizi pubblici essenziali (i turni saranno garantiti; le scomodità per i cittadini anche) è il pressing sui generici la vera news con cui fare i conti.

E le due normette inserite all'ultimo nel decreto approvato da Palazzo Chigi possono fare davvero la differenza per un mercato che conta da qui al 2013 ben 35 nuove importanti molecole in scadenza. Il pressing ha un senso: mentre medici e aziende dibattono da una parte, dall'altra c'è un tavolo di tecnici regionali che discutono di

come tagliare - sempre dal 2013 - 1 miliardo l'anno di spesa per pillole e sciroppi senza tradire le attese di salute dei cittadini. È plausibile pensare che a forza di vedersi rammentare per iscritto dal medico l'esistenza degli equivalenti e a vederseli proporre comunque dal farmacista qualche paziente in più decida di farvi ricorso.

Su questo contano i genericisti "puri", titolari fin qui del 7,36% del mercato equivalente a valori, contro il 38,37% detenuto dai brand a brevetto scaduto. Ma ancor più contano sulla seconda norma, di cui ancora poco si è discettato, introdotta guardando caso proprio alla vigilia di una nuova procedura di infrazione appena avviata dall'Europa nei nostri confronti.

Proprio giovedì scorso, infatti, la Commissione Ue ha chiesto formalmente all'Italia con un "parere motivato" di applicare la legislazione comunitaria sulle procedure di autorizzazione alla commercializzazione dei farmaci generici, concedendo due mesi per mettersi in regola.

Pomo della discordia (da vecchissima data e non solo tra Ue e Italia ma soprattutto tra genericisti e aziende produttrici di originator) la legge che vieta ai fabbricanti di generici di presentare la loro richiesta di autorizzazione alla commercializzazione prima del penultimo anno di validità del brevetto di un prodotto di riferimento, con conseguente svantaggio per i produttori di generici. Il codice europeo dei medicinali (Dir. 2001/83/Ce) ha stabilito invece che l'espletamento delle procedure di autorizzazione alla commercializzazione può avvenire senza che su ciò incida la protezione degli interessi in tema di proprietà industriale e commerciale: basta che la commercializzazione scatti a brevetto scaduto. E proprio in omaggio a queste regole, a doverosa distanza dal capitolo sulle farmacie (art. 83), il Dl liberalizzazioni elimina dal nostro ordinamento la norma del Codice della proprietà industriale (Dlgs n. 30/2005) che impedisce alle domande di Aic generiche di fare il proprio corso.

Una chicca tra le novità pure contenute nel testo approvato, che resta pieno di rebus curiosi. A esempio: è possibile imporre a un titolare di farmacia l'assunzione di collaboratori in base al fatturato? È corretto dare un punteggio tanto diverso all'attività del farmacista che lavora in parafarmacia? E la novità del libero orario, come la declineranno (e lo faranno e se le Regioni sanno d'accordo) le farmacie (posto che i turni saranno per legge "garantiti")?

Vale appena la pena di ricordare che non a caso il decreto inizia il suo percorso al Senato, roccaforte della corrente di pensiero politica orientata a tutelare le prerogative dei titolari. È probabile che le modifiche siano proprio dietro l'angolo, soprattutto in relazione alla richiesta di Federfarma e Fofi di innalzare il quorum oltre i 3mila abitanti attualmente fissati, limite giudicato insostenibile.

Meno facile che nelle pieghe delle liberalizzazioni governative spunti la regola capace di smuovere il pantano del rinnovo della convenzione con il Ssn e dell'avvio dei nuovi servizi che sta a cuore alle farmacie. Del resto sono argomenti che devono affrontare le Regioni, che ora discutono di ben altro e che di soldi per pagare i nuovi servizi proprio non ne hanno.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I «SÌ» E I «NO» DEI CAMICI BIANCHI

Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg, deve aver rischiato il mal di fegato quando ha scoperto che le softwarehouse avevano già "aggiornato" le schede informatiche dei Mmg prevedendo che sulla ricetta comparisse in automatico, accanto al farmaco prescritto, la dicitura "sostituibile con equivalente generico di minor prezzo". Un affronto, quando proprio lui aveva invitato i propri iscritti a scrivere sempre "non sostituibile" per «difendersi da responsabilità imponderabili». Pollice verso anche da **Angelo Testa**, presidente nazionale Snam, irritato dalla correzione a metà rispetto alla prima versione della misura. Critico (non per la sostanza) anche il direttore del Mario Negri, **Silvio Garattini**, che bolla la norma come «contraddittoria», perché «fa passare l'idea che i farmaci equivalenti o generici siano in qualche modo di serie B, cosa non vera». Ma c'è chi invece tra i camici bianchi - schierato da tempo al fianco degli equivalenti - minimizza la bagarre: «Tanto rumore per nulla: nella vita e nel lavoro quotidiano del medico non cambia nulla» dice il presidente nazionale Simg, **Claudio Cricelli**. «È solo un promemoria di cui si fa latore il medico per conto dello Stato, ricordando al paziente che c'è modo di risparmiare». Stessa lunghezza d'onda in casa Cgil: È una norma di buon senso, che non lede la professionalità medica» dichiarano **Massimo Cozza** e **Nicola Preiti**. «Nel solo 2010 l'uso degli equivalenti ha prodotto risparmi per 600 milioni di euro, in tempi di tagli lineari al Ssn il dato non è marginale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FRONTI ARMATI DEL PHARMA

«L'effetto per le imprese farmaceutiche del Paese sarà devastante: quella norma, che di fatto devia la quasi totalità delle prescrizioni mediche sui soli generici, cancella ex legge uno dei settori più hi-tech della nostra economia». Il presidente Farindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, ha reagito così quando ha letto il testo della misura pro-generici: «Si innescherà - ha detto - un'inaccettabile distorsione della concorrenza a danno del prodotto con marchio».

Certo la spiegazione a distanza da parte del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, non ha rasserenato granché gli animi farmindustria: «La norma è diretta a favorire l'uso di medicinali equivalenti a più basso costo» e va riferita «a tutti i medicinali equivalenti a quello specificato dal medico, senza distinzioni tra medicinali con marchio e denominazioni generiche», ha spiegato in una nota.

Il concetto è chiaro ad **Assogenerici**, che nei giorni scorsi tra Italia ed Europa ha festeggiato solo buone notizie: «Queste misure - ha ricordato in una nota l'associazione dei genericisti - porteranno risparmi quantificabili in circa 600 milioni di euro per i cittadini e un risparmio per il Ssn, stimabile in circa 400 milioni di euro annuo, attraverso l'accesso ai volumi del farmaco generico, che innescherà il meccanismo competitivo di discesa dei prezzi. Ora bisogna aprire un tavolo per vedere come reinvestire questi risparmi nel comparto». Terremoti permettendo, ovviamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I DELUSI E GLI ESCLUSI DEL BANCONE

Niente scioperi al bancone ma dissenso pesante - stavolta sulle farmacie - dal presidente Assofarm, **Venanzio Gizzi**, voce delle farmacie comunali italiane. Favorevoli a una riforma complessiva del settore le farmacie pubbliche non ci stanno a essere penalizzate a loro volta e contestano l'assenza del diritto di prelazione dei sindaci sulle cinquemila nuove farmacie previste dal provvedimento del Governo. «È un provvedimento che penalizza gravemente sia il pluralismo nel settore (già oggi il rapporto è di 1 comunale / 10 private), sia quei Comuni virtuosi che hanno saputo trovare nella buona gestione delle farmacie una valida entrata per le casse pubbliche e un valido strumento di mission sociale. Non favorire l'espansione delle farmacie comunali significa privare i territori locali di una presenza che negli anni ha saputo, più di altri, produrre innovazione del servizio e oculata gestione delle risorse pubbliche».

E a contestare ancora una volta il decreto è anche il **Coordinamento nazionale delle parafarmacie** che denuncia una «esclusione pianificata dalla possibilità di accedere alla farmacia». Il vulnus sta nel punteggio assegnato ai parafarmacisti ai fini concorsuali: «Lo si calcola in relazione agli anni di esercizio dell'attività: essendo le parafarmacie nate dopo il 2006, per forza di cose siamo fuori gioco. E in particolare, fuori gioco saranno proprio quei giovani farmacisti che in questi 4 anni hanno accumulato solo l'esperienza nella parafarmacia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure in pista

FARMACIE (ARTICOLO 11)

Quorum (comma 1). Si introduce il quorum unico di una farmacia ogni 3mila abitanti. Per quanto riguarda i resti, nei comuni fino a 9mila abitanti l'ulteriore farmacia può essere autorizzata solo per una popolazione eccedente di oltre 1.500 abitanti; nei comuni più grandi basterà un'eccedenza di 500 abitanti

Pianta organica (comma 2). Regioni e Province autonome dovranno aggiornarla in base al nuovo quorum entro luglio (120 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione)

Extra-quorum (comma 3). Regioni e Province autonome sentite Asl e ordini dei farmacisti potranno prevedere l'istituzione di farmacie in stazioni ferroviarie, porti, aeroporti internazionali, aree di servizio ad almeno 200 metri da una preesistente farmacia, nonché nei grandi centri commerciali di oltre 10mila metri quadrati ad almeno 1.500 metri da una preesistente farmacia

Prelazione (commi 2 e 3). Per le nuove sedi derivanti dalla modifica della pianta organica la prelazione da parte dei Comuni non potrà essere esercitata. La prelazione potrà invece essere esercitata su tutte le farmacie extra-quorum fino al 2022

Concorsi (commi 2 e 5). Le Regioni sono tenute a bandirli entro 30 giorni dall'approvazione della pianta organica. Saranno per titoli ed esami; saranno riservati ai farmacisti non titolati e ai titolari di farmacia rurale sussidiata; sarà possibile concorrere anche per la gestione in forma associata mettendo in comune i titoli ma il vincolo (associazione con quote paritarie) sarà indissolubile

Punteggi (comma 5). L'attività del farmacista in parafarmacia vale 0,35 punti l'anno per i primi 10 anni e 0,10 punti l'anno per i 10 successivi

Regioni inadempienti (comma 2 e 7). Il rispetto da parte di Regioni e Pa dei termini fissati per pianta organica e concorsi è un adempimento soggetto a verifica annuale per l'accesso al finanziamento integrativo del Ssn. Nelle Regioni inadempienti è prevista la nomina da parte del Cdm di un commissario ad acta per l'approvazione delle piante organiche e l'espletamento delle procedure concorsuali

Orari e sconti (comma 6). Il rispetto dei turni di lavoro fissati dagli enti locali resta obbligatorio, ma gli orari diventano "minimi": garantita la copertura del dovuto le farmacie potranno proseguire a oltranza la propria attività lavorativa. Le farmacie potranno inoltre praticare sconti su tutti i prodotti venduti pagati direttamente dal cittadino, compresi i medicinali di Fascia A, dandone adeguata informazione alla clientela

Ereditarietà (comma 8). Passa da due anni a sei mesi l'arco di tempo entro il quale gli eredi del titolare defunto non in possesso dei titoli abilitanti sono tenuti a trasferire la titolarità della farmacia o della quota a favore di un farmacista iscritto nell'albo professionale dotato di titolarità o che sia risultato idoneo in un precedente concorso

Fondo di solidarietà e reddito minimo (comma 11). Viene creato presso l'Enpaf un fondo di solidarietà nazionale per l'assistenza **farmaceutica** nei Comuni con meno di mille abitanti: sarà finanziato da tutta la rete delle farmacie in percentuale sul fatturato garantendo ai titolari una indennità che consenta loro di conseguire un reddito netto non inferiore al centocinquanta per cento del reddito netto conseguibile, in base al Ccnl da un farmacista collaboratore di primo livello con due anni di servizio

Assunzioni obbligatorie di farmacisti (comma 12). Un Dm Salute su intesa Stato-Regioni, sentita la Fofi, fissa i livelli di fatturato oltre il quale le farmacie per mantenere la convenzione con il Ssn saranno costrette ad assumere uno o più farmacisti collaboratori

Farmaci generici (comma 9). Il medico dovrà indicare in ogni prescrizione se il **farmaco** è «sostituibile con un equivalente generico» ovvero «non sostituibile» in caso di specifiche motivazioni cliniche contrarie. Se il medico non indica esplicitamente la non sostituibilità il farmacista è tenuto a fornire sempre l'equivalente a prezzo più basso, salvo diversa richiesta del cliente

Delisting Fascia C (comma 10). Gli eventuali **farmaci** già di Fascia C che saranno "shiftati" e venduti dunque senza ricetta nei corner della Gdo e nelle parafarmacie in attuazione di una norma contenuta nel decreto "salva-Italia" (legge 214/2011, articolo 32, comma 2) dovranno essere resi inaccessibili al pubblico, anche negli orari di chiusura

INVALIDITÀ (ARTICOLO 33)

False attestazioni (commi 1 e 2). Vengono ampliate le sanzioni a carico degli esercenti le professioni sanitarie e dei periti assicurativi che forniscono false certificazioni di invalidità conseguenti a incidenti stradali e vengono aggravate le pene di chi commette reato di falso o truffa per ottenere vantaggi dai contratti di assicurazione

DISPOSITIVI MEDICI (ARTICOLO 68)

Repertorio e tariffe (comma 1). Viene innalzato dal 5 al 5,50% il contributo a carico delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici in Italia e viene eliminata la tariffa fissa di 100 euro oggi richiesta per ogni registrazione effettuata nel repertorio, affrontando la procedura d'infrazione comunitaria avviata nei confronti dell'Italia in relazione alle norme introdotte con la legge finanziaria 2006 (legge 266/2005, articolo 6, comma 409)

REGISTRAZIONE GENERICI (ARTICOLO 83)

Domanda di Aic (comma 12). Viene cancellata dal Codice della proprietà industriale la norma che impedisce la presentazione di una richiesta di Autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) di medicinali generici quando il brevetto dell'originator è ancora vigente (Dlgs 30/2005, articolo 68, comma 1-bis), oggetto di procedura d'infrazione comunitaria

ON LINE

Il testo del decreto in «Gazzetta»

www.24oresanita.com

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

FARMACI, SE AI MEDICI PIACE GRIFFATO

medici di famiglia amano il **farmaco** "firmato". Molto di più del cosiddetto generico, pur essendo equivalente al prodotto di marca. Ora che il governo con il decreto "Cresci Italia" vuole incentivare il ricorso ai medicinali non "griffati", i camici bianchi (tranne quelli della Cgil), si sentono colpiti nella loro professionalità, limitati nell'autonomia prescrittiva. Però se un prodotto è davvero equivalente perché non preferirlo? Viene da pensare che i medici abbiano poco a cuore i costi della sanità e siano più sensibili verso altri interessi. Che si lamentino le aziende è comprensibile, perché una crescita delle vendite dei generici andrebbe a discapito dei fatturati dei **farmaci** di marca, su cui hanno investito molto. Ma quale sarebbe il danno all'indipendenza dei medici italiani è difficile da capire. Allora che dovrebbero dire i loro colleghi inglesi, tedeschi, americani dove il volume di mercato dei generici è anche quattro volte superiore al nostro misero 14 per cento? La realtà è che le azioni del governo stanno portando allo scoperto i limiti di varie categorie. Medici di base compresi, che si dimostrano autoreferenziali. E corporativi. Come i farmacisti.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Conflitto d'interessi, Pani (Aifa): «Svolta epocale per la trasparenza»

Parla il direttore generale dell'Aifa Luca Pani. Argomento: il regolamento appena approvato dall'Agenzia sul conflitto di interesse. «Una svolta epocale», l'ha definita Pani: i suoi principi etici, spiega il Dg, salvaguardano l'indipendenza e la trasparenza di persone e associazioni coinvolte nelle scelte regolatorie. (Intervista a pag. 8)

Dopo il sì del Cda alle norme sul conflitto parla il Dg dell'Aifa, Luca Pani

«Così tuteleremo la trasparenza di tutto il sistema farmaceutico»

«Con il regolamento vorremmo ottenere un obiettivo preciso: una vera e propria chiamata alle armi di persone che hanno assoluta competenza nel campo regolatorio e non hanno conflitti neanche ideologici: quelli cioè che sono definiti come conflitti intangibili»

«Il regolamento per la disciplina del conflitto d'interessi all'interno dell'Aifa approvato giovedì dal Cda rappresenta una svolta epocale: contiene principi etici incontrovertibili, che puntano a salvaguardare l'indipendenza e la trasparenza delle persone o delle associazioni coinvolte nelle scelte regolatorie». Misurato e di poche parole, Luca Pani, 51 anni, da novembre direttore generale dell'Aifa, in questa sua prima intervista è visibilmente soddisfatto per il primo traguardo celebrato alla guida dell'Agenzia.

«L'Aifa è la prima Agenzia regolatoria al mondo a dotarsi di un regolamento simile: ci siamo ispirati a quello adottato dall'Emm, fortemente voluto dall'Italia. È costato mesi di limature, può essere ancora migliorato e affronta un problema cruciale», spiega. E precisa ancora: «Se all'interno di un sistema che deve valutare farmaci le persone che debbono occuparsene non sono completamente indipendenti il sistema di valutazione è minato alla radice nella sua capacità di attribuire il corretto valore economico».

L'obiettivo dunque è quello di selezionare le persone?

L'obiettivo è garantire la trasparenza dotandoci di un meccanismo che ci consenta di non utilizzare le informazioni che provengono da persone o associazioni non indipendenti. Il conflitto non ri-

guarda necessariamente solo le persone: ci sono anche corporation interest che entrano in gioco. Ma in realtà c'è qualcosa di ancora più importante all'origine di questa scelta: siamo convinti che il conflitto di interessi possa determinare un danno economico.

Un danno come quello determinato dalle truffe al Ssn?

Non si tratta necessariamente di truffe. Se io sono principal investigator di una molecola e vengo pagato per cercare di vedere i dati positivi di quella molecola, anche senza che vi sia una qualsiasi forma esplicita di corruzione, quindi senza truccare i dati, semplicemente per fattori psicologici è facile che io sia portato a vedere le cose in modo più benevolo, che sia predisposto a valutare più positivamente i dati. Di fatto noi stiamo suggerendo umilmente anche alle aziende farmaceutiche che forse la verità alla lunga può avere un valore economico superiore a quello di una verità "aggiustata" anche per lo sviluppo della molecola in esame. Perché se io non conosco subito i dati e quindi non riesco ad indirizzare subito il farmaco verso un'area diversa arriverò più tardi a una scoperta utile per il sistema.

Come è nata questa esigenza? Avete il dubbio che conflitti di questo tipo esistano o siano esistiti anche da noi?

Non abbiamo certezza che cose del genere siano accadute e nessuna delle nostre commissioni è sotto esame per problemi del genere, ma non possiamo escludere che un settore che vale 15 miliardi di spesa possa far gola a molti. Al tempo stesso, con tutto quello che sta accadendo in tutto il mondo in tema di trasparenza l'Agenzia non poteva non prevedere direttrici precise.

Non dimentichiamo che l'Aifa ha compiti particolari: dobbiamo pensare alla tutela della salute ma anche alla spending review; guardiamo contemporaneamente al rischio-beneficio e al beneficio-prezzo. Questa situazione era particolarmente contestata qualche anno fa e alcuni puristi la pensano ancora allo stesso modo, ma in altre strutture scattano ancora più conflitti.

Che soluzioni avete adottato?

Abbiamo regolato in maniera tempo-

rale il livello di conflitto: verificheremo se il conflitto è attuale, se è stato presente nell'anno precedente, nei due o nei cinque precedenti. A esempio apprezziamo la possibilità che persone che in anni precedenti hanno avuto un conflitto se ne liberino e portino la loro esperienza, ma non gli interessi, all'interno di Aifa. Per noi è indispensabile attingere dall'esperienza di persone che hanno eseguito i clinical trials perché hanno competenze e conoscenze necessarie per la nostra attività. Se questi aspetti sono affrontati in modo trasparente, io so a chi e cosa posso chiedere.

Dunque non sono regole rigide.

Certo. Se fissassimo delle regole troppo rigide potremmo trovarci paradossalmente a non poter usare nessun vero esperto e tra i regulators troveremmo tutte persone prive di conflitto di interesse ma anche assai poco informate e preparate. E in questa ipotetica situazione, in caso di bocciatura o ritardo di procedura, possono determinarsi un danno per la salute dei cittadini che non accedono a una cura necessaria e un danno economico per le aziende farmaceutiche. Nessuna delle due cose è giusta. Il farmaco è un costo ma anche un bene e un valore.

Queste necessità come sono affrontate nel regolamento?

Abbiamo cercato di normare i concetti che rappresentano le tre direttrici fondamentali di Aifa: la trasparenza, l'appartenenza e la responsabilità. L'appartenenza coincide con il rapporto di esclusività: se lavori "per" e "con" Aifa non puoi lavorare con altre strutture. Questo porta però alla necessità di dare il giusto riconoscimento a chi lavora per Aifa. Non si può pretendere che un membro di una commissione stia in Agenzia dalla matti-



na alla sera per tre giorni per istruire la pratica di una procedura che vale un mercato da 50-60 milioni l'anno per 30 euro di rimborso. Preferisco dargli uno stipendio e chiedergli di lavorare per noi. È inutile essere ipocriti.

Altri aspetti da sottolineare?

Abbiamo lavorato col massimo livello di dettaglio: i conflitti della famiglia li devo conoscere, ma non escludono dalla partecipazione ai lavori dell'Aifa. E ancora: se qualcuno ha effettuato consulenze per determinate aree terapeutiche può occuparsi di altre. O ancora: chi ha lavorato per una azienda non può giudicare il prodotto di una azienda concorrente. Altra scelta epocale: abbiamo fatto entrare in Commissione tecnico-scientifica anche i pazienti. E il problema del conflitto riguarda anche le loro associazioni.

Che risultato vi aspettate?

Vorremmo avere una chiamata alle armi di persone che hanno assoluta competenza nel campo regolatorio e non hanno conflitti neanche ideologici: i cosiddetti conflitti intangibili o affettivi.

Con questo regolamento lei sarebbe diventato Dg dell'Aifa?

Sì. Io ero membro del Chmp dove questi conflitti sono disciplinati. Ho fatto centinaia di corsi Ecm per le case farmaceutiche e li ho sempre dichiarati, non sono mai stato principal investigator, dunque ho sempre parlato di farmaci già approvati, non ho mai avuto in mano la ricetta rosa, non ho mai influenzato la prescrizione. Ho fatto sempre attività clinica privata. Con queste nuove regole avrei dovuto sospendere immediatamente anche questa attività, cosa che ho fatto prima di assumere il mandato in Aifa.

Quali danni puntate a prevenire?

Sui prezzi, a esempio?

No. I prezzi sono abbastanza allineati a quelli europei e noi tendiamo ad avere un prezzo medio molto basso rispetto all'Europa. Un danno può derivare a esempio dal votare l'inserimento in fascia A di un prodotto anche se non ci sono le condizioni perché ciò accada.

Massima vigilanza su quello che va a carico del Ssn, dunque.

Non solo. Aifa deve comunque tutelare il cittadino rispetto al "bene farmaco" come bene di consumo: dobbiamo badare all'appropriatezza prescrittiva e all'uso appropriato.

C'è grande nervosismo attorno alla norma sui generici nel decreto sulle liberalizzazioni.

La norma è corretta. Vanno tenuti presenti due obiettivi: potenziare i generici e potenziare l'innovazione. Questi due aspetti o viaggiano assieme o non vanno da nessuna parte. Poi magari sull'impiego dei generici ci sono dei dettagli tecnici da chiarire ma questo è lo spirito con cui sta lavorando il Governo.

Sul tappeto ci sono anche le ipotesi Aifa sui tetti per il Patto sulla salute.

L'Aifa ha ricevuto il mandato di proporre al tavolo della farmaceutica diverse opzioni e questo ha fatto. Noi siamo esclusivamente tecnici e l'Aifa ha il compito di proiettare traiettorie d'impatto dei fatti: dalla fascia A alla fascia C fino al tetto. Ho trovato una Agenzia preparata ad altissimi livelli. E su questi aspetti possiamo parlare e farlo bene. Ma non siamo né il ministero della Salute né le Regioni: la scelta non spetta a noi.

Sara Todaro
Roberto Turno

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prime ipotesi tecniche all'esame delle Regioni per far fronte nel Patto per la salute ai tagli delle manovre

Esenti e ticket sulla giostra dell'Isee

Copayment in base a reddito e tariffa - Esonero da 70 anni, meno sconti sulle patologie

Regioni al lavoro sul nuovo Patto per la salute che dovrà far fronte a oltre 8 miliardi di tagli. Il primo obiettivo è reimpostare in modo unitario l'intera struttura delle compartecipazioni su **farmacj** e specialistica. La stella polare dovrà essere «un criterio che individui la situazione economica degli assistiti» grazie all'Isee, ma con alcune modifiche che definiscano un indicatore più adatto al suo specifico impiego ai ticket sanitari. Riorganizzazione anche per la rete ospedaliera, le cure primarie, i rapporti tra Ssn e Università.

A PAG. 6-7

Le proposte sul tavolo dei governatori

TICKET



Quattro i criteri: ticket crescente al crescere della tariffa, differenziazioni per situazione economica, meno esenzioni diverse dal reddito e innalzamento da 65 a 70 anni di quelle per età

OSPEDALE



Riorganizzazione della rete: 3,5 posti letto per mille abitanti, aree di degenza per intensità di cura e "nodi" principali, secondari e intermedi. Riconversione dei 212 piccoli ospedali

FINANZIAMENTO



Fino al 2014 mancano all'appello 9,3 miliardi di finanziamenti per l'effetto di Iva ed età. I tagli da affrontare valgono più di 8 miliardi. Per il 2015 il fabbisogno salirà a 121 miliardi

CURE PRIMARIE



Équipe multiprofessionali territoriali e continuità assistenziale come alternativa al pronto soccorso. Medicina dei servizi sospesa dal 2013. Assistenza dei pediatri di libera scelta solo da 0 a 6 anni

La bozza (disconosciuta) dei governatori per tagliare e razionalizzare spesa e organizzazione

Patto da paura, Regioni divise

Ticket ed esenti: decide l'Isee - E poi tocca a ospedali, territorio e **farmacj**

Dopo poche ore hanno preso a circolare due battute. La prima: «Ecco il piatto, pardon, il Patto, è servito». La seconda: «Un Patto da paura». È a quel punto, a frittata fatta (indiscrezioni circolate), che c'è stata la marcia indietro. Giusta, per carità: per decidere politicamente ci vuole tempo, quando poi si tocca così la carne della gente e si mette mano tanto in profondità a sua maestà Ssn. E allora, ecco le precisazioni regionali dopo la fuga di notizie sulla bozza di Patto: solo lavori da tecnici, dobbiamo decidere politicamente. Non credeteci tanto.

Il fatto è che intanto, giovedì scorso, i governatori si sono convocati per una no stop straordinaria dall'8 al 10 febbraio proprio sul Patto, in attesa di prendere poi appuntamento col ministro **Renato Balduzzi**. In quei giorni, tra l'altro, le Regioni dovranno anche sciogliere il nodo del riparto da 108 miliardi (centesimo in più o in meno) per il 2012 su cui il Sud fa la fronda, il Veneto tiene duro, il Nord e il Lazio del centrodestra tentennano ma pochino pochino, e i governatori del centrosinistra qualcosa (senza esagerare) la cederebbero. Senza esagerare, appunto. Le decisioni politiche: ecco quelle che servono tra i governatori. Che per adesso non ci sono. Senza

dire delle Regioni a trazione leghista pronte a spaccare il mondo, se mai potranno.

E intanto il governatore dei governatori, **Vasco Errani**, ha messo altri puntini sulle fatidiche "i". I tagli «insostenibili» da 8 miliardi appioppati fino al 2014 dalla manovra estiva, per un conto totale stimato nelle varie somme in oltre 17 miliardi. Altro che Patto. Altro che Lea: mettiamoci l'anima in pace, saranno tempi duri. A meno che il Governo non sganci qualcosa. Si racconta che Mario Monti, da palazzo Chigi, abbia già fatto spallucce.

E allora, ecco la bozza (disconosciuta) del Patto made in Regioni. Razionalizzazione, riorganizzazione, riqualificazione, appropriatezza delle prestazioni, ospedali, territorio, medici, investimenti ecc. ecc. Tutto lo scibile, insomma. A partire dal veicolo principe per far cassa: forme di copayment (ticket) sempre più generalizzate, riduzione (revisione) delle esenzioni con una modifica sostanziale dei criteri che passa attraverso l'utilizzo dell'Isee per determinare fasce di ticket e di esenti legati al reddito (si veda box in questa pagina). Le esenzioni per patologia quasi scompaiono e al loro posto è allo studio una rimodulazione dello stesso Isee che per i redditi più alti tenga conto con "sconti" su misura di eventuali cronicità, invalidità, situazioni gravi. Aumentando da 65 a 70 anni l'esenzione per età e

abbassando la soglia di 30mila euro lordi l'anno dell'esenzione per reddito.

Ma "l'occhio" sul Patto non è solo quello delle Regioni. I sindacati medici hanno già fatto sapere di voler prendere parte alla discussione e alla messa a punto delle nuove regole che partiranno nel primo anno - il 2013 - del federalismo fiscale. Stessa richiesta dalle associazioni dei cittadini. E anche l'ospitalità privata avanza richieste: trasparenza dei bilanci, finanziamento degli ospedali pubblici a prestazione sulla base dei reali servizi erogati, separazione del «gestore dal controllore». Per non dire delle **farmaceutiche** che stanno con le orecchie tese su tetti di spesa, ripiani, tagli. Per dire l'aria che tira. Aspettando Balduzzi, è chiaro.

Intanto in queste pagine diamo qualche pillola di Patto (apocrifo). Per leggere tutto basta cercare nel nostro sito: www.24oresanita.com. Come si dice: buon Patto! (R.Tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONTESSA SUL "DIFFERENZIALE RAPITO"**Farmaceutica: altalena su tetti e ripiani**

Ipotesi Salute e ipotesi Regioni ancora contrapposte nel documento sul Patto per la salute allo studio dai tecnici regionali mercoledì scorso. Sul tappeto la previsione di un incremento annuo della spesa ospedaliera del 5% e la richiesta dei governi locali di modulare i tetti della farmaceutica ospedaliera e territoriale in modo tale che il ripiano di 1 miliardo di euro per il 2013 sia ripartito per 2/3 sulla spesa territoriale e per 1/3 sull'ospedaliera.

Oggetto di contesa il differenziale di prezzo versato dagli assistiti rispetto al prezzo di riferimento: le Regioni propongono di contabilizzarla sulla spesa territoriale (trattandosi di introito per l'industria) lasciandola inalterata al 12,1 e portando l'ospedaliera al 3,2%. Lo sfondamento dell'ospedaliera determinerebbe un obbligo di ripiano a carico della filiera di 654 milioni, altri 318 milioni di ripiano toccherebbero all'industria per l'ospedaliera, per una manovra da 972 milioni di euro. Il ministero definisce illegittima l'operazione ai sensi della normativa Ue; le Regioni chiedono in alternativa di ridurre il tetto della territoriale per una cifra equivalente alle quote versate dai cittadini e suggeriscono comunque di calcolare lo sfioramento a livello nazionale e riassegnare il gettito alle Regioni in rapporto all'indice d'accesso al Fsn. Sollecitati anche la ristrutturazione dei flussi, interventi pro-concorrenza e misure sugli off label.

DISPOSITIVI AL TEST DEL DISAVANZO LOCALE**Protesi&C, copayment dietro l'angolo**

Dispositivi medici per la prima volta alle prese con un tetto di spesa che la manovra fissa al 5,2% del Fsn a partire dal 2013, con sfondamento totalmente a carico delle Regioni, che ovviamente troverebbero "vantaggiosa" la condivisione con le imprese.

Intanto per le Regioni le priorità sono la definizione dei prezzi di riferimento attivando l'Hta sotto la regia dell'Agens; l'individuazione di categorie omogenee da parte della Cud; l'attivazione obbligatoria di registri informatizzati in ogni ospedale; l'attivazione/omogeneizzazione di flussi informativi ad hoc sulla protesica e sull'in-

tegrativa, con i dati del paziente e un'anagrafica unica dei prodotti. Secondo i tecnici vanno previste forme di copayment per protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, in relazione alla fascia lsee e selezionando le aree in cui la totale gratuità favorisce il consumo improprio. Nel mirino a esempio la protesica a maggior rischio di inappropriata (es. plantari), gli alimenti per celiaci (mettendo a carico del Fsn solo la differenza tra il prodotto normale e il prodotto specifico), l'ossigeno domiciliare la cui consegna - servizio non Lea - aumenta di molto i costi delle Asl (idem i pannoloni).

TICKET ED ESENZIONI RIMODULATE**Compartecipazione secondo l'Isee**

Obiettivo è modificare la norma attuale prevedendo interventi per reimpostare in maniera unitaria il sistema di compartecipazione in base a quattro principi:

1. compartecipazione crescente al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta;

2. compartecipazione differenziata per situazione economica;

3. limitazione delle esenzioni diverse dal reddito (patologia, invalidità ecc.) alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità;

4. innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età e riduzione, rispetto ai 36mila euro attuali, del reddito familiare per le esenzioni.

Questi criteri puntano a innalzare la percentuale di prestazioni con compartecipazione rispetto al 30% attuale, con maggiore equità differenziando i livelli di contribuzione.

In alternativa al punto 3 si può introdurre un tetto annuale massimo alla compartecipazione differenziata per situazione economica che garantirebbe la sostenibilità anche per le categorie di pazienti che ricorrono alle prestazioni sanitarie con frequenza superiore alla media.

Specialistica

1. Abolizione della quota fissa di 10 euro a ricetta (o come rimodulato dalle Regioni);

2. mantenimento della compartecipazione calcolata in base al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta previa revisione dei criteri di accorpamento (introduzione di pacchetti di prestazioni - day service), con ridefinizione del tetto massimo di compartecipazione;

3. invece dell'attuale franchigia di 36,15 euro per ricetta, franchigie diffe-

renziate per situazione economica e per età dell'assistito;

4. nelle esenzioni per patologia si applica una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni.

In alternativa al punto 5 si possono prevedere tetti massimi di compartecipazione annuale differenziati per situazione economica.

Farmaceutica

1. Mantenimento dell'attuale sistema di pagamento sui generici (differenza tra prezzo al pubblico e di riferimento);

2. introduzione della compartecipazione per singola confezione con quota correlata al prezzo (fino a un massimo per ricetta sui farmaci di classe A diversi da quelli del punto 1) differenziati per situazione economica ed età;

3. nelle esenzioni per patologia si applica una regressione della percentuale di partecipazione su farmaci specifici.

Criteri di individuazione della Situazione economica

Per garantire equità alla compartecipazione va superato l'attuale sistema basato sul reddito con uno che individui la situazione economica attraverso l'Isee, con alcune modifiche che definiscano un indicatore più adatto al settore dei ticket. Già in passato la proposta del "sanitometro" si basava su un Isee modificato a esempio con una detrazione specifica per gli ultrasessantacinquenni e per i bambini inferiori a 8 anni, per favorire i nuclei familiari con persone fragili. Altri modelli ipotizzano la possibilità di opzione per la situazione economica individuale per gli anziani per incentivare la loro permanenza nel nucleo familiare anagrafico.

IL RIASSETTO DEI RICOVERI**Ridurre posti letto e piccole strutture**

Si riorganizza la rete ospedaliera: non più di 3,5 posti letto ogni mille abitanti, di cui 0,5 per la riabilitazione; riorganizzazione-riconversione dei piccoli ospedali (quelli con meno di 120 posti letto nel 2009 erano 212 su 638, il 33,2%) con problemi sulla sicurezza e limiti alla qualità dell'assistenza globale; un ulteriore intervento sui Drg a rischio di inappropriata già previsti negli allegati ai Lea del 2008, mai varati; riorganizzazione delle unità operative in una rete regionale clinica con aree di degenza per intensità di cura. La riconversione della rete ospedaliera seguirà il riordino delle cure primarie e sarà organizzata in nodi principali di carattere regionale per le patologie a maggiore complessità e nodi secondari per il trattamento delle acuzie. Previsti anche nodi intermedi destinati soprattutto alla riabilitazione e all'assistenza della post-acuzie.

Per ottenere questi risultati sono previste cinque mosse: integrazione delle attività, da quelle di maggiore complessità e intensità assistenziale fino a forme di assistenza extraospedaliera più orientate al territorio; disponibilità delle corrispondenti risorse professionali; riorganizzazione delle unità operative per aree omogenee secondo una logica dipartimentale; governo della produzione del privato con una logica di sinergia complementare e integrativa; equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza, superando la duplicazione delle unità operative e l'integrazione delle funzioni tipiche di Università e Ssr.

PERSONALE DIPENDENTE**Cambiano dirigenza e intramoenia**

Mobilità più semplice, nuove regole per la libera professione, rivisitazione del sistema degli incarichi e della dirigenza per tutti i medici. Le ipotesi di Patto per la salute al vaglio delle Regioni puntano su un restyling importante del personale dipendente.

Sulla mobilità si raccomandano due azioni: snellire le procedure per trasferire d'ufficio i dipendenti da un'azienda all'altra nell'ambito della stessa Provincia e fissare un obbligo di permanenza di almeno cinque anni prima di potersi spostare.

La libera professione va ripensata «all'interno di un sistema di regole che privilegi le esigenze aziendali di dare priorità alle attività svolte in regime istituzionale, anche attraverso un

impegno orario che ecceda il debito minimo contrattuale, e la riduzione delle liste di attesa». Per i medici si propone anche di avviare un percorso per ridefinire e differenziare i percorsi di natura gestionale e quelli di natura professionale, anche riconsiderando l'attuale sistema degli incarichi. «Si deve prendere atto - recita la bozza - che l'aver "battezzato" tutti i medici quali dirigenti ha seguito più una logica di tipo contrattuale che gestionale e di ruolo concreto».

Un tavolo di lavoro nazionale dovrà invece definire criteri per individuare standard minimi di fabbisogno di personale medico, infermieristico (e delle altre professioni sanitarie) e di supporto sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Gli argomenti principali



FARMACI E DISPOSITIVI

Previsione di incremento annuo della spesa ospedaliera del 5% e richiesta delle Regioni di modulare perché il ripiano di 1 miliardo nel 2013 sia ripartito per 2/3 sulla territoriale e 1/3 sull'ospedaliera. Le Regioni propongono di contabilizzare la cifra a carico degli assistiti sulla territoriale lasciandola al 12,1 e portando l'ospedaliera al 3,2%.



PERSONALE

Per la libera professione dei medici vanno previste nuove regole. Obiettivo: dare priorità alle attività svolte in regime istituzionale e ridurre le liste di attesa. Da rivedere anche l'intera carriera dei medici per differenziare i percorsi gestionale e professionale. Superando la "dirigenza per tutti".



TARIFE E MOBILITÀ

La «Tuc» (la tariffa unica convenzionata) come tariffario di riferimento da approvare e aggiornare periodicamente attraverso un'Intesa Stato-Regioni, prevedendo che la stessa debba essere applicata direttamente per la remunerazione delle prestazioni erogate a pazienti non residenti.



PIANI DI RIENTRO

Legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro oltre che all'aspetto economico al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale. E poi: sblocco percentuale del divieto di assunzione, gradualità delle sanzioni e dei premi, tempi certi per la ripartizione dei fondi.



RAPPORTI SSN-UNIVERSITÀ

La formazione professionale non deve più essere appannaggio esclusivo degli atenei. E la relativa programmazione deve essere attuata congiuntamente, in particolare per quanto riguarda la definizione del fabbisogno di medici specialisti. Vanno inoltre rivisti tipologie e numero delle attuali specialità.



INVESTIMENTI

Nel triennio 2013-2015 il fabbisogno da assicurare per garantire i programmi di investimento in edilizia e ammodernamento in Sanità, compreso quello derivante dalle necessità di adeguamento alle norme antincendio delle strutture sanitarie ammonta a 4,5 miliardi di euro.

CURE PRIMARIE

Nei mini-ospedali le case della salute

Piccoli ospedali riconvertiti per ospitare quelle «strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza» (case della salute), che diventano il fulcro del riordino delle cure primarie contenuto nella bozza del "Patto". Realizzazione e consolidamento di équipe multiprofessionali territoriali. Profonda riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, affinché dove serve possa rappresentare un'alternativa al pronto soccorso. Sempre nell'ambito dell'emergenza, sarà privilegiato il «rapporto di dipendenza dei medici rispetto a quello convenzionato, con previsione di un superamento di quello convenzionato». Medicina dei servizi sospesa dal 1° gennaio 2013. Assi-

stenza da parte dei pediatri di libera scelta limitata alla fascia d'età 0-6 anni: dai sette anni il piccolo paziente passa al Mmg. Obbligo, per il personale convenzionato, di «operare nell'ambito dell'organizzazione dei servizi stabilita dalla Regione».

Il restyling delle cure primarie va ben al di là della revisione dell'art. 8 Dlgs 502 cui aveva lavorato il tavolo coordinato dall'ex ministro Fazio: i ritocchi a quell'articolo sono asciugati e contenuti. Certo di non secondaria importanza è l'"escamotage" con cui il nuovo piano andrà fatto digerire ai medici e a tutti gli attori del territorio: non più con modifica di legge ma con accordo in Conferenza Stato-Regione.

L'IMPEGNO A SBLOCCARE L'EDILIZIA SANITARIA

Investimenti a caccia di risorse certe

Riattivare gli investimenti con risorse certe. Le risorse dell'art. 20 sono state defanziate, in contrasto con quanto previsto dal Patto per la salute che prevedeva un incremento di 1 miliardo di euro per gli investimenti di adeguamento strutturale e tecnologico del Ssn. La Conferenza delle Regioni, già nell'ultima manovra estiva aveva previsto che dalle riduzioni venissero escluse le risorse per edilizia sanitaria destinate a investimenti (558,7 milioni di euro per l'anno 2011 e 1.161,2 milioni di euro per l'anno 2012). Con successivo Dpcm del 28 gennaio 2011 sono stati recepiti i criteri relativi a tali riduzioni ma non sono stati finanziati gli accordi di programma per investimenti in Sanità. I tagli lineari hanno comportato l'impossibilità di definire tutti gli accordi di programma presentati dalle Regioni. Da ultimo, l'accordo Governo-Regioni sul trasporto pubblico locale del 21/12/2011 prevede un finanziamento di 148 milioni delle risorse residue già destinate all'edilizia sanitaria. Nel triennio 2013-2015, periodo di validità del presente Patto per la salute, il fabbisogno triennale da assicurare per garantire i programmi di investimento strategico in Sanità, compreso quello derivante dalle necessità di adeguamento a norme antincendio delle strutture sanitarie, ammonta a 4,5 miliardi di euro.

NON AUTOSUFFICIENZA**Disabili: più integrazione socio-sanitaria**

Spingere sull'integrazione socio-sanitaria facendo decollare la rete dei servizi per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili. Questo l'obiettivo che la bozza di Patto della salute allo studio dei tecnici regionali punta a raggiungere per la bomba a orologeria dei conti sanitari: la non autosufficienza.

L'idea di fondo è quella di puntare su un approccio «che riconsideri l'insieme delle risorse già oggi utilizzate per la non autosufficienza, superando logiche settoriali». Come? Cominciando da una maggiore integrazione - mettendo in stretta relazione percorsi di cura e assistenza ospedalieri, sanitari e socio-sanitari territoriali, socio-assistenziali - insieme all'apporto complessivo di tutti i soggetti (sia con ruoli istituzionali che familiari) e con «l'approccio solidaristico e la valorizzazione delle comunità locali». Tra le azioni principali suggerite ci sono: sviluppo della prevenzione; realizzazione in ogni Regione di un sistema a rete di servizi territoriali e domiciliari integrati; un programma nazionale di qualificazione e innovazione delle soluzioni residenziali; formulazione di piani di salute socio-sanitari in ambito regionale e locale; Piani personalizzati e percorsi di cura integrati fra ospedale e territorio e un programma per il sostegno dell'attività di cura informale e familiare.

MOBILITÀ DEI PAZIENTI E REMUNERAZIONE**La Tuc come tariffario di riferimento**

No all'indicazione di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni, piuttosto queste devono essere un riferimento lasciando poi alle Regioni la possibilità di modularle. E poi impiego della Tuc (la tariffa unica convenzionata) per la compensazione della mobilità sanitaria anche con tariffe differenziate tra pazienti residenti e non residenti, visto che la Tuc «ha dimostrato di essere un valido strumento - scrive l'ipotesi di Patto per la salute - per il contenimento dei volumi di attività per pazienti extraregionali». Secondo i tecnici regionali la Tuc «sarebbe più efficace applicarla direttamente agli erogatori, proprio perché contiene misure volte a penalizzare le prestazioni meno appropriate e per tale motivo dovrebbero essere applicate direttamente e immediatamente agli erogatori». Insomma le Regioni chiedono che il nuovo Patto per la salute contenga l'impegno ad apportare le modifiche ai commi 170 e 171 dell'articolo 1 della legge 311/2004 «al fine di assumere la Tuc come tariffario di riferimento da approvare e aggiornare periodicamente attraverso un'Intesa Stato-Regioni, prevedendo che la stessa debba essere applicata direttamente per la remunerazione delle prestazioni erogate a pazienti non residenti».

LA LOTTA AI DEFICIT**Piani di rientro: check non solo sui conti**

Non basterà la tenuta dei conti: per valutare i piani di rientro bisognerà verificare anche la loro capacità di migliorare l'assistenza. E poi: sblocco percentuale del divieto di assunzione, gradualità di sanzioni e premi, tempi certi per la ripartizione e l'erogazione dei fondi alle Regioni e infine precisazione dei ruoli di commissari e sub commissari.

Queste le ipotesi che i tecnici regionali stanno studiando per rimodulare lo strumento dei piani di rientro, da anni croce delle Regioni in deficit. L'idea di base è quella di «legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro oltre che all'aspetto economico al migliora-

mento complessivo dell'attività assistenziale» in modo che i relativi fondi siano liberati in base alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi organizzativi programmati (a esempio: chiusura e riconversione dei piccoli ospedali, trasformazione del day hospital in day surgery, realizzazione di reti oncologiche ecc.). Non solo: il perdurare del blocco del turn over «rende indifferibile - scrivono i tecnici - una diversa regolamentazione delle politiche di reclutamento attraverso la previsione di una quota percentuale di personale dirigenziale e di comparto reclutabile in rapporto alla quota del personale cessato nell'anno precedente».

SSN-UNIVERSITÀ**Formazione non più solo negli atenei**

Rafforzare i legami tra Ssr e Università e spezzare il dorato isolamento in cui molti atenei continuano a operare. È questo, in sintesi, l'obiettivo delle proposte contenute nell'ipotesi di Patto messa a punto dai tecnici regionali. Ricordando che lo schema di convenzione proposto dal Miur per i protocolli d'intesa Regioni-Università ex Dlgs 517/199 è stato già profondamente modificato dal gruppo tecnico e che le amministrazioni locali da anni hanno dato vita a modelli sperimentali, gli assessori ritengono che il nuovo Patto debba contenere queste formulazioni di principio: la formazione professionale non dev'essere appannaggio esclusivo degli atenei, ma anche del Ssr; la relativa programmazione, compresa quella della formazione specialistica, va attuata congiuntamente; l'attuazione di alcune «forme di razionalizzazione/efficientamento/federazione previste anche dalla riforma Gelmini (legge 240/2010) possono garantire la sostenibilità dei corsi di laurea e delle attuali aziende integrate».

Sulla formazione degli specializzandi, in particolare, le Regioni rivendicano la necessità di un sistematico confronto con le Università per arrivare a «una programmazione che miri a fare incontrare domanda e offerta di formazione» e di una revisione tramite accordo Stato-Regioni del numero e della tipologia delle attuali specialità mediche. Per le professioni sanitarie si sollecitano invece linee guida per percorsi e processi, approfondimento di saperi e specializzazioni infermieristiche.